



Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité

Association pluraliste

L'euthanasie en pratique

Publication destinée aux médecins



Edition 2019

Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD)

Secrétariat : Avenue Eugène Plasky 144/3 à 1030 Bruxelles - Belgique

Tél. : +32 (0)2 502 04 85 - Fax : +32 (0)2 502 61 50

Courriel : info@admd.be

Site : www.admd.be

Permanence téléphonique du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 14h à 17h et visites sur rendez-vous

Forum EOL (End-Of-Life)

Permanence téléphonique les lundi, mardi, jeudi et vendredi de 9h à 12h et de 14h à 16h30

Tél. : +32 (0)2 588 27 85

Courriel : eol@admd.be

Site : www.eol.admd.be

Associations sœurs d'expression néerlandophone

Recht op Waardig Sterven (RWS)

Italiëlei 153 à 2000 Antwerpen

Tél. : +32 (0)3 272 51 63

Courriel : info@rws.be

Site : www.rws.be

LEIF - LevensEinde InformatieForum

J. Vander Vekenstraat 158

1780 Wemmel

Site : <https://leif.be/home/>

Voor artsen en zorgverleners : leifartsen@skynet.be

Tél. : +32 (0)2 458 82 15

La reconnaissance d'une souveraineté de l'homme sur sa vie est à la base de l'esprit humaniste qui anime nos universités. Elle implique que soit reconnue la possibilité dans certaines situations de souffrance et de déchéance d'obtenir du médecin le geste ultime et fraternel qui permet d'anticiper la mort. Nous plaidons fermement pour que la dépénalisation de ce geste lui donne droit de cité et assure, sans rien imposer à personne, le respect du pluralisme éthique qui existe au sein de notre société, en particulier dans les attitudes concernant la vie et la mort.

Déclaration commune des autorités académiques de l'ULB et de la VUB

19 février 2001

INTRODUCTION

L'esprit de la loi du 28 mai 2002 dépénalisant l'euthanasie sous conditions repose tant sur le respect de la liberté de conscience du médecin que sur le respect de la dignité et de l'autonomie du patient qui, confronté à la souffrance inapaisable d'une situation médicale sans issue, demande qu'il soit mis fin à sa vie.

Cette brochure est destinée à aider le médecin qui, confronté à une telle demande, souhaite y accéder.

L'ADMD et plus particulièrement le Forum EOL se tiennent à votre disposition pour vous donner informations et conseils. Nous espérons avoir répondu, par cette brochure, à un besoin exprimé par un grand nombre de médecins.

Nous remercions notre association sœur hollandaise (NVVE) pour l'autorisation de reproduire certains textes dont la traduction et l'adaptation ont été réalisées par M. Englert, J.-P. Jaeken et Y. Kenis. Les recommandations concernant la technique de l'euthanasie sont basées sur celles publiées pour le corps médical des Pays-Bas en 2012 par la Société royale néerlandaise pour la promotion de la médecine (KNMG), sur le texte publié par le Forum LEIF et sur les informations fournies par les médecins et hôpitaux ayant la pratique de l'euthanasie. Nous les en remercions vivement.

Au fil du temps, nous avons veillé à actualiser cette brochure, en tenant compte de quelque quinze années d'expérience.

L'EUTHANASIE : UN PROCESSUS

Introduction

L'euthanasie, définie comme un acte qui met **intentionnellement** fin à la vie d'un patient **à sa demande**, n'est évidemment pas la seule décision médicale qui puisse être prise en fin de vie. Plusieurs enquêtes européennes ont mis en évidence que dans plusieurs pays, dont le nôtre, près de 50 % des décès sont précédés d'une décision médicale qui peut en avancer significativement le moment. Cette décision peut consister à arrêter un traitement vital et à soutenir le patient par des soins palliatifs jusqu'au décès, à administrer des opiacés à doses élevées, ou même, dans les derniers jours de vie, à mettre le patient sous sédation en attendant le décès.

L'euthanasie doit être distinguée de ces décisions médicales. Tout d'abord parce qu'elle résulte d'une demande du patient. À l'inverse de ces autres décisions pour lesquelles le médecin propose un traitement auquel le patient consentira ou non, l'euthanasie implique que ce soit le patient qui prenne l'initiative de demander l'euthanasie. Au médecin de décider s'il accepte ou non. Ensuite parce que le caractère létal des médicaments utilisés rend évidente la volonté de mettre fin à la vie et que ces médicaments ne peuvent être obtenus que sur prescription médicale.

Enfin par le caractère particulier de la mort ainsi obtenue. Après plus de 15 ans de dépénalisation de l'euthanasie, les milliers de déclarations d'euthanasies pratiquées dans le respect des conditions légales ont mis en évidence que la technique utilisée assure, **au moment souhaité par le patient, une fin de vie rapide, calme et sans manifestation de souffrance. De plus, les médecins indiquent le plus souvent que des proches étaient présents pendant l'acte et qu'ils ont reçu des témoignages de gratitude de la part de la famille.**

Cependant le chemin qui conduit à un tel aboutissement n'est pas simple. L'euthanasie est un processus qui implique de la part du médecin un investissement émotionnel parfois éprouvant, l'établissement d'un dialogue sincère avec le patient ainsi que des connaissances qui sortent de la pratique médicale habituelle. Parfois aussi, le médecin peut s'interroger quant à la juste interprétation des conditions légales. Et même pour celui qui l'a déjà pratiqué, la faible fréquence de cet acte fait que la mémoire doit être soutenue. C'est ce soutien qu'apporte cette brochure.

Quelques points importants

L'euthanasie doit être considérée non comme un acte isolé, mais comme une composante du processus de fin de vie.

Pour qu'elle s'intègre dans ce processus, il convient d'en parler et de la prendre en considération suffisamment tôt. Il faut que les personnes intéressées - patient, médecin et proches - réservent assez de temps, de calme et d'attention pour leur permettre de traverser sereinement toutes les étapes de ce processus.

L'euthanasie peut prendre en compte le souhait de mourir chez soi.

La plupart des patients en fin de vie souhaitent mourir chez eux parmi, leurs proches. Il faut prendre ce souhait en compte et l'euthanasie peut y répondre.

L'euthanasie nécessite un processus d'acceptation par le médecin.

Pour celui qui n'a pas d'expérience quant à l'euthanasie, la question initiale est :

« Est-ce que je veux et est-ce que je suis capable de pratiquer une euthanasie? ». Le fait de parler suffisamment tôt avec un collègue d'une demande d'euthanasie probable aide beaucoup à pouvoir accepter son propre rôle dans tout le processus.

Le confrère que la loi impose de consulter peut également être un soutien s'il ne se présente pas uniquement comme un consultant, mais aussi comme un médecin qui partage ses propres sentiments avec un confrère. L'ADMD peut éventuellement apporter une aide en mettant le médecin en relation avec un collègue du Forum EOL qui pourrait remplir cette fonction.

L'euthanasie exige une relation étroite avec le patient.

Le médecin doit être capable d'engager une relation étroite avec le patient. Il faut saisir les signaux qu'envoie le patient qui souhaite s'entretenir de ce sujet avec son médecin, signaux qui peuvent être indirects. Il est toujours nécessaire d'en parler avec le patient posément, de manière répétée, surtout en tête-à-tête sans témoin.

Il peut être utile de connaître la situation dans la région

Quel est le point de vue des hôpitaux et des maisons de repos et de soins de la région ?

S'il arrive qu'il faille envisager l'hospitalisation ou le placement en MR ou MRS d'un patient en demande d'euthanasie ou susceptible d'en faire la demande, il faut évidemment pouvoir éviter le transfert dans un établissement qu'on sait hostile à une telle éventualité.

Quelles sont les possibilités d'obtenir les médicaments ?

Les médicaments nécessaires pour pratiquer une euthanasie ne se trouvent pas en stock dans les officines privées. Nous avons connu des périodes de rupture d'approvisionnement en thiopenthal. Il s'agit pour le médecin de se renseigner à temps pour la disponibilité des médicaments.

L'EUTHANASIE DANS LA PRATIQUE

1) INTRODUCTION

La fréquence avec laquelle un généraliste est amené à pratiquer une euthanasie dépend de sa patientèle, du type d'hôpital ou de maison de repos et de soins qui est amené à accueillir ses patients. Pour les spécialistes, cela dépend évidemment de la spécialité exercée : un oncologue évite difficilement ce genre de situation, tandis qu'un radiologue ne recevra pratiquement jamais une demande d'euthanasie. Les relations sociales jouent un rôle beaucoup plus important en ce qui concerne les décisions d'euthanasie dans les institutions hospitalières que dans la pratique à domicile : dans quelle mesure les soignants et les collaborateurs se sentent-ils concernés et quel poids a le jugement de valeur de chacun ?

Ce chapitre décrit la démarche à suivre par un médecin qui a répondu affirmativement à la demande d'euthanasie d'un patient et qui se trouve donc confronté concrètement à sa mise en pratique. Bien que chaque euthanasie comporte des aspects particuliers, l'essentiel peut être décrit. Certainement en ce qui concerne le produit à administrer : nous avons acquis actuellement une connaissance et une expérience telles de cette question que ni le médecin, ni le patient, ni les proches de celui-ci ne devraient être surpris par des effets imprévus.

Pour un acte aussi rarement accompli, bouleversant et irréversible, tous les critères de rigueur médicale et les conditions légales doivent être examinés attentivement. Prenez le temps pour le faire. Ne vous laissez pas distraire. Il faut faire le point et être convaincu que l'euthanasie envisagée constitue la bonne décision. Il faut que les proches, mais vous aussi, comme médecin, puissiez continuer à vivre en paix après l'euthanasie.

Il faut souligner que le formulaire de déclaration constitue une « check-list » fort utile. Avant de procéder à l'euthanasie, consultez-le et complétez éventuellement ce qui peut déjà l'être (*ce formulaire peut être obtenu à partir du site du SPF Santé Publique. <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/debut-et-fin-de-vie/euthanasie/euthanasie-medecins>*

Veillez à compléter au fur et à mesure le dossier médical du patient qui a exprimé une demande d'euthanasie. Notez soigneusement vos contacts dans le dossier.

Faites la distinction entre une demande actuelle d'euthanasie et une euthanasie sur la base d'une déclaration anticipée.

En cas de doute quant au déroulement de la procédure sur quelque point que ce soit, le Forum EOL peut vous mettre en contact avec un collègue ayant plus d'expérience concernant la pratique de l'euthanasie.

2) CONDITIONS ESSENTIELLES

1. Patient majeur ou mineur émancipé

TROIS CONDITIONS ESSENTIELLES

- 1) Une demande volontaire, réfléchie et répétée
- 2) justifiée par une souffrance physique ou psychique, constante, insupportable et inapaisable
- 3) provoquée par une maladie ou une pathologie grave et incurable

La demande d'euthanasie

A-t-elle été mûrement réfléchie, est-elle volontaire ? Ne résulte-t-elle pas d'une pression extérieure ? A-t-elle été dûment répétée ? A-t-elle été confirmée par écrit (voir ci-dessous) ? La date de la première demande d'euthanasie est-elle indiquée dans le dossier du patient, de même que les dates des conversations ultérieures à ce sujet ?

La souffrance physique ou psychique

S'agit-il clairement d'une souffrance constante, insupportable pour le patient et rendant sa vie intolérable¹ ? Avez-vous bien informé le patient sur son état et sur les possibilités offertes par les soins palliatifs ? Les possibilités d'atténuer les souffrances sont-elles effectivement épuisées, du moins au vu des connaissances actuelles et des possibilités palliatives ? Si non, quelle a été la position du patient à ce sujet ? (Il a le droit légal de refuser un traitement, même palliatif).

L'affection en cause

Le diagnostic d'affection incurable grave a été posé quand et par qui ? L'incurabilité est une notion médicale objective et généralement simple ; la gravité peut, elle, dépendre des circonstances, de l'âge, de la coexistence de plusieurs pathologies, etc. : c'est au médecin de l'estimer, notamment en fonction des souffrances qu'elle occasionne.

2. Patient mineur

La loi du 28 février 2014 a étendu l'euthanasie aux mineurs, avec des conditions plus restrictives que pour les adultes. Plutôt que de prévoir un âge minimum comme c'est le cas aux Pays-Bas (à partir de 12 ans), le législateur belge a opté pour la notion de discernement, déjà présente dans la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Si l'enfant doit formuler, tout comme l'adulte, une demande volontaire, réfléchie et répétée, sans pression extérieure, la loi exige également l'accord des titulaires de l'autorité parentale. La loi limite la possibilité aux cas physiques (pas question d'envisager des aspects psychiques) pour les enfants dont le décès est prévisible à brève échéance.

3) PROCÉDURE ET CONDITIONS DE FORME

La procédure et les conditions de forme sont destinées à assurer que les conditions

¹ [La Commission de contrôle a précisé que cette notion est en grande partie subjective et dépend des conceptions du patient et des valeurs qui lui sont propres.](#)

essentielles sont présentes. Elles doivent avoir été soigneusement notées dans le dossier médical.

A. Euthanasie sur la base d'une demande actuelle

La demande écrite

La demande du patient doit être confirmée par un écrit, daté et signé par lui (s'il en est **physiquement** incapable, elle peut être transcrite par un tiers choisi par le patient, n'ayant pas d'intérêt matériel au décès, en présence du médecin et doit indiquer le nom de celui-ci et la raison pour laquelle le patient n'a pu la rédiger). Elle peut simplement comporter les mots « **Je demande l'euthanasie** ». Le médecin doit s'assurer que cette demande est rédigée en pleine liberté à un moment où le patient est lucide.

Elle reste bien entendu valable pendant le temps nécessaire à la mise en œuvre de l'euthanasie, même si ce temps est de plusieurs semaines ou plus, et même si la lucidité du patient s'altère pendant cette période.

Dans l'hypothèse où la demande actuelle écrite est ancienne, par exemple datant d'une année, il est utile de préciser qu'elle a été réitérée, même oralement, et de préciser la ou les dates de confirmation. Il ne saurait être question de considérer une telle demande comme déclaration anticipée, cette dernière devant répondre à des conditions de formalisme et ne trouvant son application que si le patient, atteint d'une affection grave et incurable, est inconscient et sa situation est irréversible.

L'information

Le médecin doit informer son patient quant au diagnostic, au pronostic, aux traitements possibles en ce compris les soins palliatifs, sans que cette dernière obligation n'implique un filtre palliatif.

L'entretien avec l'équipe médicale, avec les proches

La loi exige que le médecin s'entretienne avec des membres de l'équipe soignante en contact régulier avec le patient, si elle existe (que ce soit en milieu hospitalier ou à domicile) ainsi qu'avec les proches désignés par le patient. Ces divers entretiens sont purement consultatifs mais sont essentiels pour que la procédure soit bien conduite.

Notez dans le dossier médical les dates de ces entretiens ; s'ils n'ont pu avoir lieu, notez la raison. Le médecin doit aussi s'assurer que le patient a pu s'entretenir avec les personnes qu'il souhaite.

Consultation obligatoire

Un médecin indépendant (c'est-à-dire qu'il ne peut pas avoir une relation familiale ou un lien de subordination avec vous ou avec le patient ni une relation thérapeutique suivie avec le patient) doit examiner le patient et rédiger un rapport quant à :

- la nature grave et incurable de l'affection ;
- le caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance.

Il n'a pas à faire intervenir ses propres conceptions de principe quant à l'euthanasie.

La date à laquelle cette consultation a eu lieu doit être notée dans le dossier et le rapport doit être joint au dossier. Vous indiquerez son avis dans le formulaire de déclaration de l'euthanasie à la Commission de contrôle.

Que faire si le médecin consulté donne une réponse négative?

Il faut souligner que le rôle du médecin consulté se limite aux points suivants : nature grave et incurable de l'affection médicale, caractère inapaisable des souffrances. Un autre médecin consulté peut éventuellement être appelé si vous estimez l'avis du premier non fondé.

En cas de demande d'euthanasie d'un enfant mineur, le médecin doit également consulter soit un pédopsychiatre, soit un psychologue quant à la capacité de discernement du jeune patient. Cet avis est contraignant.

Décès non prévu à brève échéance

Si le décès n'est pas prévu à brève échéance, un deuxième médecin consulté indépendant est obligatoire, médecin qui doit être soit spécialiste de l'affection en cause, soit psychiatre. Il doit :

- vérifier les caractéristiques des souffrances (constantes, insupportables, inapaisables) ;
- s'assurer du caractère volontaire et lucide de la demande.

Son rapport doit être joint au dossier et vous indiquerez son avis dans le formulaire de déclaration à la Commission de contrôle.

Attention : dans ce cas, un mois doit s'écouler entre la demande écrite et l'acte d'euthanasie.

Remarque importante :

*La loi ne définit pas ce qu'est une « brève échéance ». Il est évident que les séquelles non critiques et non évolutives d'une affection antérieure ne font pas prévoir un décès à brève échéance. Lorsqu'il s'agit d'une affection évolutive, la Commission fédérale de contrôle a considéré qu'il ne s'agit pas d'une échéance brève si le médecin estime que le décès ne surviendra manifestement pas dans les **mois** qui viennent (cette appréciation est laissée à l'avis du médecin).*

B. Euthanasie sur la base d'une déclaration anticipée

Si votre patient remplit les conditions suivantes :

- affection grave et incurable ;
- inconscience ;
- situation irréversible selon l'état actuel de la science,

informez-vous quant à l'existence d'une déclaration anticipée.

Cette déclaration peut être rédigée par tout citoyen adulte (donc exclu pour un mineur), malade ou pas, en présence de deux témoins dont l'un ne peut avoir un intérêt matériel au décès du déclarant. Celui-ci peut par ailleurs désigner une ou plusieurs personnes de confiance.

Attention : durée de validité de 5 ans ! La déclaration ne peut être prise en compte que si elle a été établie moins de 5 ans avant l'impossibilité pour la personne de manifester sa volonté.

Depuis le 1^{er} septembre 2008, les déclarations anticipées d'euthanasie peuvent être enregistrées auprès de l'administration communale. Tout médecin peut donc interroger le SPF Santé publique pour savoir si un patient inconscient dont il a la charge a fait enregistrer une telle déclaration. Cet enregistrement n'est de toute façon pas obligatoire et une déclaration non enregistrée est parfaitement valable.

4) L'EUTHANASIE PROPREMENT DITE

PRÉLIMINAIRES

Le choix du moment

Il est conseillé de convenir avec le patient et ses proches, de façon très claire, du moment où l'euthanasie sera pratiquée, tout en rappelant au patient qu'à tout instant il peut encore y renoncer. En général, le patient exprime une préférence pour un moment donné, qui dépend, par exemple, des personnes que le patient veut encore voir ou de celles qu'il souhaite avoir auprès de lui au moment de son décès.

Ce moment doit également être choisi de manière à ce que vous puissiez accomplir cette tâche en toute tranquillité sans risque d'être appelé. Une soirée sans garde ni autres obligations est sans doute préférable.

L'explication du déroulement de l'euthanasie

Pour autant que ce soit nécessaire, expliquez la manière dont l'euthanasie sera pratiquée. Il faut insister sur le fait que vous allez plonger le patient dans un sommeil profond comme une anesthésie générale et que c'est seulement ensuite, lorsque le patient ne ressentira plus rien, que la respiration s'arrêtera. Il faut également expliquer la procédure qui sera suivie après l'euthanasie.

Informez-vous également sur les personnes qui assisteront à l'euthanasie. En fait, c'est le choix du patient, de sa famille et de ses proches. Vous pouvez aussi signaler que généralement la mort par euthanasie apparaît aux personnes présentes comme une « bonne mort », calme et rapide. La présence de membres de la famille autour du lit a souvent un effet apaisant. Dans beaucoup de déclarations reçues par la Commission fédérale de contrôle, le médecin signale d'ailleurs que l'euthanasie a été pratiquée en présence de proches.

Si une heure précise a été convenue, il convient d'être auprès du malade à l'heure prévue. L'expérience montre que chacun décompte les dernières heures et se base sur cette échéance pour ses adieux au patient.

Se procurer l'euthanasique

Pour vous procurer un euthanasique, arrangez-vous suffisamment à l'avance avec le pharmacien (il doit généralement le commander).

Le pharmacien peut, pour des raisons personnelles, comme par exemple une opposition de principe à l'euthanasie, refuser de fournir un euthanasique ; dans ce cas, il doit en informer le médecin.

Le **thiopental** (générique du **Pentothal** qui n'est plus fabriqué sous ce nom depuis mars 2011), est livré par la firme B. Braun en flacons de 1 g de poudre à dissoudre (prescrire **Thiobarbital Braun**). (*L'Agence Fédérale belge des médicaments et des Produits de Santé - AFMPS - a fourni aux pharmaciens toutes les données utiles*)².

L'ordonnance doit être rédigée au nom du patient et mentionner que la prescription est faite en application de la loi relative à l'euthanasie. Elle doit mentionner chacun des produits.

S'il s'agit d'une potion à absorber per os, le mode de préparation doit être indiqué (voir plus loin). Le médecin doit prendre lui-même livraison des produits et, en principe, rapporter les doses en excès.

Remarque : Même si la voie orale est choisie, il est nécessaire de se munir d'ampoules de paralysant neuromusculaire pour le cas où, le malade étant dans le coma, le décès tarderait à se produire (voir plus loin). Il est recommandé de se munir de doses supérieures à celles nécessaires afin d'éviter toute surprise.

TECHNIQUES

Bien que la voie intraveineuse soit la plus sûre, ce choix peut dépendre de plusieurs facteurs :

- *Le souhait du patient* : certains patients préfèrent absorber eux-mêmes l'euthanasique. La voie orale peut alors être choisie.
- *La préférence du médecin* : sur la base de son expérience ou de ses réactions émotionnelles, le médecin peut avoir une préférence pour l'une ou l'autre voie d'administration. Même si la voie intraveineuse est la plus sûre, la voie orale peut avoir la préférence de certains.
- *Les contraintes médicales du patient* : la voie intraveineuse peut parfois poser problème en raison de la difficulté à introduire l'aiguille. Si un patient, comme il arrive souvent en milieu hospitalier, est relié à une perfusion, cela simplifie évidemment le choix. Assurez-vous à l'avance que la perfusion s'écoule bien. Chez un patient qui ne peut pas boire ou ne le peut que très difficilement, ou encore qui vomit facilement, il est évident que la voie orale est fortement déconseillée.

² Pour se procurer ce médicament, les pharmaciens peuvent s'adresser soit auprès de leur grossiste répartiteur, soit directement auprès de la firme B. Braun: Tél 070 22 33 00 - Fax 070 22 33 88 - courriel : order.be@bbraun.com. Ces informations peuvent être modifiées dans l'avenir. Consulter éventuellement notre site Internet www.eol.admd.be

A. VOIE INTRAVEINEUSE

La voie intraveineuse est **la plus fiable et la plus rapide** pour pratiquer l'euthanasie et doit donc être recommandée. Elle consiste à induire une inconscience profonde - un coma - et à provoquer ensuite l'arrêt de la respiration.

Technique par perfusion d'une solution de thiopental

Matériel nécessaire

- Une perfusion d'entretien de 250 ml de NaCl 0,9 %.
- Un baby baxter de 50 ml de NaCl 0,9 % pour le thiopental.
- Un petit cathéter pour I.V. (Terumo 20 G x 1¼) ou un microperfuseur à ailettes « Butterfly » (Terumo 21 G x ¾ ou 23 G x ¾).
- Une trousse à perfusion.
- Un robinet à 3 voies avec prolongateur PVC.
- Deux seringues jetables de 10 ml.
- Deux ampoules de 10 ml de NaCl 0,9 %.
- Une seringue jetable de 20 ml.
- Sparadrap, micropore.
- Prévoir un pied à perfusion ou un endroit de fixation stable ;

Produits nécessaires

- Deux flacons de 1 g de thiopental chacun (Thiobarbital Braun). Prévoir un flacon supplémentaire de réserve.
- Une ou deux ampoules de 10 mg/5 ml de Nimbex (ou un autre curarisant : voir ci-après).
- Une ampoule de 15 mg/3 ml de midazolam (Dormicum).

Préparation

1. **Installer la perfusion IV par le baxter d'entretien de 250 ml et le robinet à 3 voies.**
S'assurer que celle-ci coule bien et qu'il y a un reflux de sang dans la tubulure lorsque le baxter est mis en position basse.
2. **Préparer la solution de 2 g de thiopental dans le baby baxter de 50 ml.** Prélever, à l'aide d'une aiguille et d'une seringue de 10 ml, 10 ml de solution du baby baxter et les injecter dans le premier flacon contenant 1 g de thiopental. La poudre se dissout et donne une solution jaunâtre. On réaspire ensuite ces 10 ml et on les injecte dans le second flacon de thiopental. Les 2 g de poudre sont maintenant dissous. On injecte alors cette solution dans le baby baxter.
3. **Préparer la seringue avec le curarisant.**

L'euthanasie proprement dite

Remarque : Après la mise en place de la perfusion, l'entourage a encore la possibilité d'un dernier adieu. Rassurer les proches sur le déroulement et la sérénité du décès. D'après les déclarations reçues par la Commission de contrôle, la mort se produit calmement et apparaît naturelle (Prévenir les témoins de l'apparition d'un dernier soupir avant le décès mais le patient sera à ce moment déjà inconscient).

Installation du patient

Installer le patient confortablement (tête à 45° légèrement de côté)

Sédation préalable éventuelle

Si on le souhaite, on peut assurer une sédation préalable au midazolam (Dormicum) : 5 à 15 mg en IV lente selon le type de sédation désiré (on peut aussi injecter en SC). La sédation débute endéans les minutes qui suivent la fin de l'injection (il faut tenir compte des médicaments pris par le patient et de la tolérance aux benzodiazépines).

Induction du coma

Raccorder le baby baxter de 50 ml contenant 2 g de thiopental et laisser s'écouler à plein débit (1-2min). Le patient sombre dans un coma profond.

Injection d'un curarisant

Rincer le circuit de perfusion par 10 ml de sérum physiologique pour éviter une réaction du paralysant avec la solution alcaline du thiopental.

Injecter un paralysant neuromusculaire : par exemple cisatracurium (Nimbex) 10 à 20 mg ; autres curarisants possibles : rocuronium (Esmeron) 100 mg ; atracurium (Tracrium) 100 mg (doit être conservé entre 2 et 8°).

Attention : Ne pas mélanger le curarisant et le thiopental : utiliser des aiguilles et des seringues distinctes.

Remarque : Il est fréquent que la respiration s'arrête déjà pendant l'injection de thiopental. Cependant, l'injection du curarisant est recommandée mais il faut s'assurer que le coma est profond (à noter que l'automatisme des battements cardiaques peut persister quelques minutes et que la peau change lentement de couleur).

Technique simplifiée (injection à la seringue)

Produits nécessaires

- Deux flacons de 1 g de thiopental chacun (Thiobarbital Braun). Prévoir un flacon supplémentaire de réserve.
- Une ampoule de 10 mg/5 ml de Nimbex (ou un autre curarisant : voir ci-avant).
- Une ampoule de 15 mg/3 ml de midazolam (Dormicum).
- Deux ampoules de 10 ml de NaCl 0,9 %.

Matériel nécessaire

- Trois seringues de 10 ml.
- Deux seringues de 20 ml.
- Une aiguille « Butterfly » verte (21 G) ou 23 G.
- Si on le souhaite : une perfusion d'entretien de 250 ml de NaCl 0,9 %.
- Sparadrap, micropore.

Préparation

- Diluer chaque flacon de 1 g de thiopental par 10 ml de NaCl 0,9 % et réaspirer le tout dans une seringue de 20 ml.
- Préparer une seringue de 20 ml avec du sérum physiologique.
- Préparer une seringue de 10 ml avec le curarisant.
- Si on a prévu une sédation préalable, préparer une seringue de 10 ml avec 15 mg de midazolam.
- Etiqueter les seringues préparées.

L'euthanasie proprement dite

Remarque : Après la mise en place de l'aiguille ou de la perfusion, l'entourage a encore la possibilité d'un dernier adieu. Rassurer les proches sur le déroulement et la sérénité du décès. D'après les déclarations reçues par la Commission de contrôle, la mort se produit calmement et apparaît naturelle (il peut y avoir un dernier soupir avant le décès mais le patient sera à ce moment déjà inconscient).

- Placer l'aiguille en IV et la fixer (si nécessaire gonfler le tensiomètre dans l'intervalle systolo-diastolique pour faire saillir la veine et le dégonfler ensuite).
- Rinçage au sérum physiologique (s'assurer de la présence du reflux).
- Si on a prévu de placer une perfusion, la raccorder éventuellement par un robinet à 3 voies.
- Injecter le thiopental soit par l'aiguille soit par le circuit de perfusion si placé(e).
- Rincer par quelques ml de NaCl 0,9%.
- Injecter le curarisant.

Remarque : Il est fréquent que la respiration s'arrête déjà pendant l'injection de thiopental. Cependant, l'injection du curarisant est recommandée mais il faut s'assurer que le coma est profond (à noter que l'automatisme des battements cardiaques peut persister quelques minutes et que la peau change lentement de couleur).

Variante en cas d'indisponibilité du thiopental

Si le thiopental n'est pas disponible, le propofol (**Diprivan, ou Propolipid**) peut être utilisé à la dose de 1 g³ (Flacon ou seringue de 50 ml à 2% prête à l'emploi) de la même manière que le thiopental pour induire le coma. L'injection de propofol pouvant être douloureuse, il est recommandé d'injecter préalablement 2 ml de lidocaïne et d'en prévenir le patient. Dès l'inconscience profonde obtenue, il ne faut pas tarder à injecter le curarisant (après avoir rincé le circuit comme indiqué ci-avant) car le coma induit par le propofol peut être de courte durée.

B. VOIE ORALE (OU MIXTE)

La voie orale pour induire le coma n'est une option envisageable qu'en l'absence de nausées et de vomissements. Pour que le risque de vomir la potion soit le plus faible possible, il est conseillé de prescrire un antiémétique à prendre environ 1 h ou 2 h avant l'acte (Primpéran par exemple) ; certains recommandent d'en prendre déjà la veille (12 h et 6 h avant la prise de la potion).

Il est recommandé d'avoir avec soi une ou deux ampoules de curarisant (voir plus haut) pour injection éventuelle si l'arrêt de la respiration tarde à se produire.

Induction du coma

L'euthanasie se déroulera dans de bonnes conditions en induisant le coma par l'ingestion de 100 ml de liquide contenant 12 g de **pentobarbital** ou de **sécobarbital** sodique⁴. Le médecin remettra lui-même la boisson préparée au patient et l'aidera à l'absorber (l'aspiration par une paille est à déconseiller en raison du risque d'endormissement avant l'absorption complète). La boisson doit être ingurgitée entièrement et aussi rapidement que possible (son goût amer est difficile à masquer par des correcteurs de goût).

Le décès survient généralement très rapidement après l'absorption ; sinon, il faut injecter, lorsque le coma est profond, le paralysant neuromusculaire par voie intraveineuse ou, éventuellement, intramusculaire. S'il est injecté en IM, il faut que le coma soit profond car cette injection est douloureuse (un dosage double de la dose IV est alors nécessaire). Des doses plus faibles sont possibles, mais le médecin tiendra alors compte du fait qu'il devra éventuellement faire des injections supplémentaires. Le temps d'attente du décès après injection IM est plus difficile à estimer, mais celui-ci se produit généralement dans l'heure. Les

³ Le Diprivan à 1 % et à 2 % est disponible en seringue préremplie de 50 cc, correspondant respectivement à 500 mg ou 1 g du produit (à agiter avant l'emploi).

⁴ Certains estiment que 9 g suffisent et d'autres recommandent 15 g. Selon les publications hollandaises, la potion est à faire préparer par le pharmacien en suivant les instructions ci-après : pour éviter la cristallisation du barbiturique, il faut dissoudre d'abord le barbiturique dans 16,2 g (20 ml) d'alcool, 15 g d'eau distillée et 10,4 g de propylène glycol (10 ml) et ajouter ensuite 65 g de sirop simple ou autre), 250 mg de saccharinate de sodium et éventuellement un correcteur de goût (une goutte d'essence d'anis, par exemple). La conservation est limitée à quelques jours. En Suisse, la solution utilisée pour l'aide au suicide est préparée différemment mais les ingrédients essentiels sont similaires.

patients dont le débit cardiaque est diminué et dont l'irrigation musculaire est faible, peuvent poser un problème de dosage. Lorsque le patient est fortement déshydraté, la partie supérieure du bras est un endroit où le produit peut encore facilement se diffuser dans le sang.

Pour les mineurs, les produits sont identiques. Les posologies sont similaires.

La voie veineuse ou la voie orale sont parfaitement envisageables. Le choix est lié aux circonstances et à la volonté du malade.

C. LE PROCESSUS DE DÉCÈS

Avec délicatesse et attention, il vous faudra choisir où vous tenir en ces instants tellement chargés d'émotion pour le patient et pour ses proches.

A certains moments, vous serez celui qui se trouve le plus près du patient, comme pendant l'administration de l'euthanasie ; à d'autres moments, vous vous tiendrez à l'arrière-plan et vous pouvez aussi, par votre autorité, aider les assistants à vaincre leur réticence naturelle à se trouver aussi près que possible du mourant.

Veillez à masquer autant que possible le côté « technique médicale » et à ce que les assistants ne se braquent pas sur cet aspect purement technique. Il est plus important de toucher le mourant avec émotion que de compter ses respirations.

Grâce à cette attention du médecin, beaucoup d'assistants signalent par la suite que tout le déroulement de l'interruption de vie s'est finalement « bien » passé. Par « bien », il faut comprendre que l'euthanasie s'est correctement déroulée et que la mort s'est produite calmement.

5) APRÈS LE DÉCÈS : ACTE DE DÉCÈS ET DÉCLARATION A LA COMMISSION FÉDÉRALE DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION DE LA LOI RELATIVE À L'EUTHANASIE

Immédiatement

Complétez la déclaration de décès officielle habituelle (indiquez « *mort naturelle* », et complétez en fonction de l'affection qui a justifié l'euthanasie).

Dans les quatre jours qui suivent

Adressez le document de déclaration d'euthanasie par envoi recommandé avec accusé de réception à la Commission de contrôle et d'évaluation (la déclaration peut être obtenue sur le site Internet : <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/debut-et-fin-de-vie/euthanasie/euthanasie-medecins> : voir un exemplaire (annexe x) et quelques conseils pour la compléter à la page x).

Suivi et travail de deuil

Il est recommandé qu'à l'occasion de vos visites ultérieures, vous attachiez une attention toute particulière aux questions spécifiques se rapportant à l'euthanasie pratiquée. La question de savoir si le défunt n'a vraiment rien ressenti est souvent posée. Dans ce cas, il est bon de récapituler le déroulement des événements. Mais le sentiment dominant, même des années plus tard, est que ce fut la meilleure solution, qu'elle a évité au défunt beaucoup de souffrances et que, en fin de compte, c'était sa propre volonté.

Le document à adresser à la Commission de contrôle

- Un exemple du document de déclaration qui doit être adressé à la Commission de contrôle et d'évaluation dans les quatre jours ouvrables qui suivent une euthanasie est reproduit dans les annexes de la présente brochure. Sa présentation pouvant être modifiée par la Commission, il est recommandé de se procurer la dernière version qui est disponible sur le site Internet du SPF Santé publique : <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/debut-et-fin-de-vie/euthanasie/euthanasie-medecins>. Le formulaire est différent selon que le(a) patient(e) est majeur(e) (ou mineur(e) émancipé(e)) ou mineur(e) (voir annexes X et Y).
- La Commission est composée de huit médecins, de quatre juristes et de quatre personnes s'occupant de la problématique des maladies incurables. Une de ses missions est de vérifier si l'euthanasie a été pratiquée en conformité avec les prescriptions légales.

Le document comporte deux volets.

Le volet I contient les noms de tous les intervenants. Il doit être scellé et ne peut être ouvert, par une décision de la Commission prise à la majorité des voix, que si l'examen du volet II suscite des questions à poser au médecin.

Le volet II, qui ne doit comporter **aucun nom (ni de patient, ni de médecin, ni d'institution)**, sert de base à l'examen de la Commission. Il est recommandé au médecin de le compléter soigneusement.

UNE CONFUSION A EVITER

Conformément à la loi relative à l'euthanasie, une distinction est faite dans le document d'enregistrement entre une euthanasie pratiquée sur la base d'une demande actuelle d'euthanasie et sur la base d'une déclaration anticipée.

6) FORUM MEDICAL EOL – END-OF-LIFE

PRESENTATION

Le Forum EOL s'est constitué en Communauté française en novembre 2003 avec l'aide logistique de l'ADMD. Il groupe actuellement près de 200 médecins qui se sont particulièrement intéressés à la question de la gestion de la fin de vie et qui ont suivi une information brève mais spécifique sur cette question. Les coordonnateurs en sont les docteurs **Léon Constant, François Damas, France Lemaitre, Dominique Lossignol, Michèle Morret-Rauis**. De tels groupements existent depuis de nombreuses années aux Pays-Bas (médecins «SCEN») et depuis 2002 en Flandre (médecins «LEIF» : www.leif.be).

OBJECTIFS

Les législations belges relatives à la fin de vie (loi relative aux droits du patient, loi relative à l'euthanasie, loi relative aux soins palliatifs) ont élargi le domaine d'intervention du médecin, mais leurs dispositions ne sont pas toujours bien connues. De plus, la loi dépenalisant l'euthanasie impose la consultation d'un second médecin indépendant. Les médecins du groupe EOL qui sont à la disposition de leurs consœurs et confrères donnent la garantie d'une consultation avec un médecin indépendant bien informé sur ces questions, sur les réseaux de soins palliatifs disponibles dans la région ainsi que sur les conditions et procédures à suivre en cas d'euthanasie. Ce Forum se veut aussi un lieu d'information et d'échange d'expériences. Il va de soi que le nom d'un médecin qui en fait partie n'est communiqué qu'à un confrère ou à une consœur qui demande à entrer en contact avec un médecin de sa région pour une consultation. Le fait de devenir membre du Forum n'implique nullement un engagement à pratiquer une euthanasie : les médecins EOL assurent un appui et un avis en cas de demande d'euthanasie, mais en principe ne pratiquent pas eux-mêmes cette euthanasie.

FORMATION

Des séances de formation se tiennent dans plusieurs villes de Wallonie et à Bruxelles. Parmi les questions traitées, on peut citer :

- Les législations qui, en Belgique, régissent la fin de vie.
- Le droit au refus d'un traitement curatif ou palliatif est-il absolu ?
- L'arrêt thérapeutique ou l'administration d'antalgiques à doses élevées sont-ils visés par la loi dépenalisant l'euthanasie ?
- Quelle est la portée des déclarations anticipées ?
- Comment réagir à une demande d'euthanasie et la distinguer d'une demande de refus de traitement, de sédation palliative ?
- Quels sont les procédés médicaux les plus adéquats pour assurer une mort calme, rapide et sans souffrance ?
- Comment, en cas d'euthanasie, compléter correctement les documents de déclaration ?
- Les souffrances psychiques.
- Les polyopathologies.

Ces sujets sont traités par des médecins, des juristes et des professionnels particulièrement compétents en la matière.

Un cycle de 25 heures de formation est organisé. Le programme est disponible sur demande au secrétariat de l'ADMD et sur le site (coordonnées dans le cadre ci-dessous).

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat du Forum EOL - c/o ADMD

Avenue Eugène Plasky 144 bte 3 - 1030 Bruxelles

Tél. 02/588.27.85 - courriel : eol@admd.be - site : www.eol.admd.be

7) CONSORTIUM LEIF-EOL

Depuis 2015, l'INAMI accorde une indemnisation au médecin consulté pour avis dans le cadre d'une procédure de demande d'euthanasie (Arrêté royal du 7 mars 2013). La gestion des dossiers et les paiements sont assurés par le Consortium LEIF-EOL. Pour être reconnu en qualité de médecin consulté par le Consortium, il faut préalablement introduire une candidature et avoir suivi une formation ou pouvoir faire état d'une connaissance acquise équivalente en matière de la pratique de l'euthanasie. La formation EOL est reconnue par le Consortium.

Un contrat sera établi entre le médecin et le Consortium.

Lorsqu'un médecin reconnu par le Consortium est appelé en qualité de médecin consulté pour avis dans une procédure de demande d'euthanasie, il peut enregistrer le dossier sur le site : <https://www.leif-eol.net/> (voir pages **x et y**)

Les médecins qui ne font pas partie du Consortium peuvent bien sûr donner leur avis lors d'une procédure de demande d'euthanasie mais ne peuvent pas bénéficier d'une indemnisation.

Les divers documents (Arrêté royal, candidature, modèle de contrat) peuvent être téléchargés sur le site du Consortium : <https://www.leif-eol.net/>

Comment un médecin peut-il entrer en contact avec un médecin du Forum EOL ?

En contactant le secrétariat EOL au 02 588 27 85 (lundi, mardi, jeudi et vendredi de 9 h à 12 h et de 14 h à 16 h 30) ou, à défaut l'ADMD au 02 502 04 85, il sera mis en relation avec un médecin du Forum.

Pour tous renseignements complémentaires, vous pouvez consulter le site du Forum EOL : <http://www.eol.admd.be/> et le site du Consortium : <https://www.leif-eol.net>

Procédure à suivre par le médecin consulté (cf. A.R. 7 mars 2013)

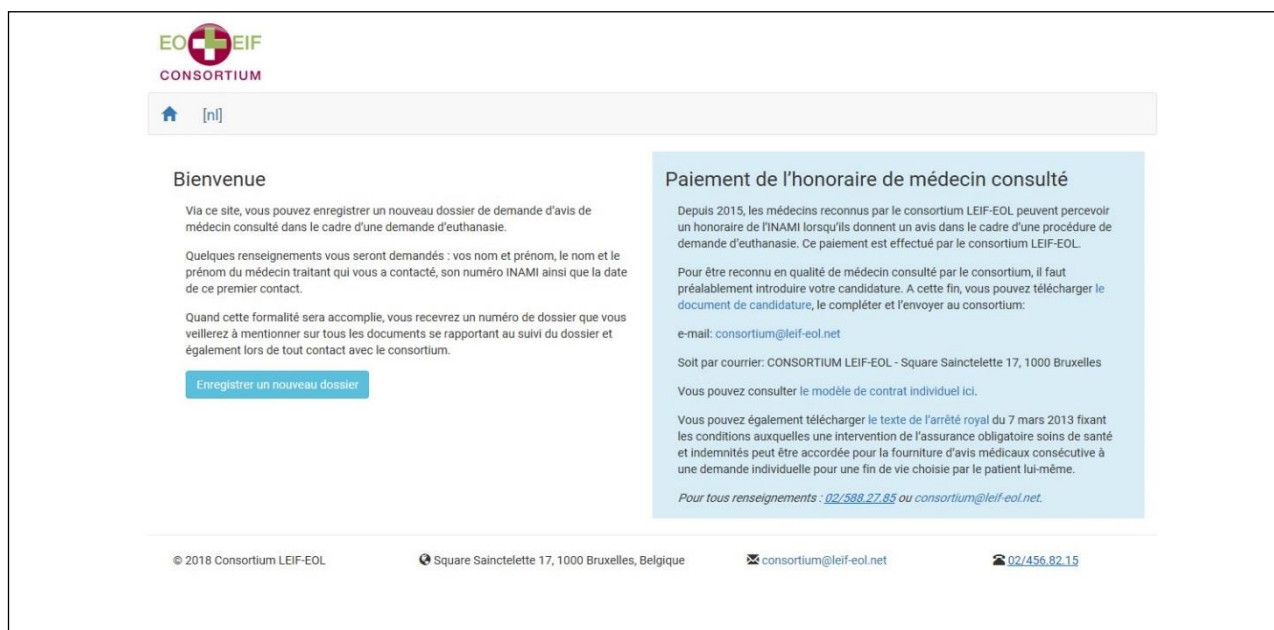
Bienvenue

Vous êtes reconnu par le Consortium LEIF-EOL en qualité de « médecin consulté pour avis dans le cadre de la loi relative à l'euthanasie ».

Vous trouverez ci-dessous les formalités à accomplir pour pouvoir bénéficier de l'honoraire pour votre intervention.

1. **Quand vous avez été contacté par un consœur ou un confrère qui sollicite votre avis dans le cadre d'une demande d'euthanasie, ou par le secrétariat EOL, vous pouvez vous rendre sur le site : www.leif-eol.net.** Sur ce site, vous pouvez **enregistrer un nouveau dossier de demande d'avis** de médecin consulté.

Que verrez-vous à l'écran ?



The screenshot shows the website interface for the LEIF-EOL Consortium. At the top left is the logo with the text 'EO+EIF CONSORTIUM'. Below the logo is a navigation bar with a home icon and '[n]'. The main content area is divided into two columns. The left column is titled 'Bienvenue' and contains a welcome message, a list of required information (name, INAMI number, date), and a button labeled 'Enregistrer un nouveau dossier'. The right column is titled 'Paiement de l'honoraire de médecin consulté' and contains information about the payment process, including contact details (e-mail: consortium@leif-eol.net, address: Square Saintelette 17, 1000 Bruxelles) and a link to the individual contract model. At the bottom of the page, there is a footer with copyright information, address, e-mail, and phone number.

Cliquer sur « Enregistrer un nouveau dossier ». Que verrez-vous à l'écran ?

EO + EIF
CONSORTIUM

🏠 [nl]

Compléter les données du nouveau dossier

Nom du médecin consulté
exemple Dubois

Nom du médecin traitant
exemple Dupont

Prénom du médecin consulté
exemple Pierre

Prénom du médecin traitant
exemple Catherine

Courriel du médecin consulté (facultatif)
exemple dubois.p.exemple@monde.be

N° INAMI du médecin traitant
exemple 1-23456-78-910

Date du premier contact
format AAAA-MM-JJ

Confirmer l'enregistrement

Explications des champs

- 📌 Tous les champs doivent être complétés excepté le courriel du médecin consulté (facultatif).
- 📌 Utilisez la touche tabulation pour changer de champ.

Nom du médecin consulté: le nom sous lequel vous êtes reconnu en qualité de médecin consulté

Prénom du médecin consulté: le prénom sous lequel vous êtes reconnu en qualité de médecin consulté.

Votre courriel: facultatif.

Nom du médecin traitant: le nom du médecin qui a demandé l'avis.

Prénom du médecin traitant: le prénom du médecin qui a demandé l'avis.

N° INAMI du médecin traitant qui demande l'avis: Format: x-xxxx-xx-xxx

Date du premier contact: la date à laquelle le médecin traitant vous a contacté pour la première fois. Format: AAAA-MM-JJ

© 2018 Consortium LEIF-EOL 📍 Square Saintelette 17, 1000 Bruxelles, Belgique ✉️ consortium@leif-eol.net ☎️ 02/456.82.15

Merci de compléter tous les champs ; seul le champ « courriel du médecin consulté » est facultatif. Cliquer ensuite sur « Confirmer l'enregistrement ».

Quand cette formalité sera accomplie, une page de données avec un **numéro de dossier** s'affichera. Merci de noter ce numéro et de veiller à le mentionner sur tous les documents se rapportant au suivi du dossier et également lors de tout contact avec le consortium.

2. **Après avoir rencontré le patient et consulté le dossier, vous adressez votre avis au Consortium (consortium@leif-eol.net).** Il n'existe pas de document type. Cet avis anonymisé ne peut pas comporter les coordonnées du patient (nom, prénom, adresse) mais doit mentionner les données suivantes :
 - le numéro de dossier reçu lors de l'enregistrement
 - le nom du médecin traitant
 - votre nom
 - la date de naissance et le sexe du patient
 - la nature, l'étiologie et les symptômes de la pathologie concernée par la demande d'avis
 - la date de la consultation et votre avis par rapport à la demande d'euthanasie

A noter qu'aucun autre honoraire ne peut être demandé pour cette consultation.

Merci de votre collaboration.

Renseignements : Forum EOL : Tél. 02/588.27.85 – Consortium : Tél. 02/456.82.15

Envoi des documents :

- Courrier : Consortium LEIF-EOL - square Saintelette 17 - 1000 Bruxelles
- Courriel : consortium@leif-eol.net

ANNEXE A

Document d'enregistrement d'euthanasie pour un adulte ou un mineur émancipé*

*Il est recommandé de vérifier sur le site du SPF Santé publique si vous possédez la dernière version avant de compléter le document d'enregistrement.

DOCUMENT D'ENREGISTREMENT D'UNE EUTHANASIE

Document d'enregistrement à envoyer par **lettre recommandée avec accusé de réception** dans les **quatre jours ouvrables** qui suivent l'euthanasie à l'adresse suivante :

- Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'Euthanasie (CFCEE)
Place Victor Horta 40 boîte 10
1060 BRUXELLES

Les renvois aux articles dans ce document se réfèrent à la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie (Moniteur belge du 22 juin 2002).

UNE CONFUSION A EVITER

Conformément à la loi relative à l'euthanasie, une distinction est faite dans le document d'enregistrement entre une euthanasie pratiquée sur la base d'une demande actuelle d'euthanasie et sur la base d'une déclaration anticipée.

Si le/la patient(e) est

- **conscient(e),**
- **capable d'exprimer sa demande** et
- dans une situation médicale réunissant les conditions fixées par la loi (*situation médicale sans issue et souffrance physique et/ou psychique constante, insupportable et inapaisable résultant d'une affection accidentelle ou pathologique grave ou incurable. [art. 3]*)

⇒ **EUTHANASIE SUR LA BASE D'UNE DEMANDE ACTUELLE.**

La demande reste valable pendant tout le temps nécessaire à la mise en œuvre de l'euthanasie, même si le patient devient inconscient pendant cette période.

Les points 1 à 12 du volet II du document d'enregistrement sont à compléter dans ce cas.

Si le/la patient(e)

- est **incapable d'exprimer sa demande car inconscient(e) de manière irréversible** (coma ou état végétatif),
- est dans une situation médicale réunissant les conditions fixées par la loi (*inconscience irréversible selon l'état actuel de la science et affection accidentelle ou pathologique grave et incurable [art. 4].*) ; et
- **a rédigé une déclaration anticipée suivant le modèle prévu par la loi** (*deux témoins obligatoires, désignation facultative d'une personne de confiance, rédigée endéans les 5 années précédant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté, etc.*)

⇒ **EUTHANASIE SUR LA BASE D'UNE DÉCLARATION ANTICIPÉE.**

Les points 1 à 3 et les points 13 à 19 du volet II du document d'enregistrement sont à compléter dans ce cas.

VOLET I : informations personnelles
Il doit être TOTALEMENT COMPLÉTÉ ET SCELLÉ PAR LE MÉDECIN
ayant pratiqué une euthanasie

Ce volet est strictement **confidentiel**. Il ne sert pas de base à la mission d'évaluation de la Commission à l'intention des chambres législatives et ne peut être ouvert que par décision de cette même Commission.

Ce volet doit **impérativement être joint au volet II** du document d'enregistrement d'une euthanasie.

1. PATIENT(E)
1.1 Nom :
1.2 Prénom(s) :
1.3 Domicile :
2. MÉDECIN ayant pratiqué l'euthanasie
2.1 Nom :
2.2 Prénom(s) :
2.3 Numéro d'enregistrement INAMI :
2.4 Domicile :
2.5 E-mail :
3. MÉDECINS INDEPENDANTS CONSULTÉS OBLIGATOIREMENT par le médecin ayant pratiqué l'euthanasie
3.1 Premier médecin consulté dans tous les cas (art.3, §2, 3° et art.4, §2, 1°)
3.1.1 Nom :
3.1.2 Prénom(s) :
3.1.3 Domicile :
3.1.4 Numéro d'enregistrement INAMI :
3.1.5 Date de la consultation :
3.2 Si le médecin était d'avis que le décès n'interviendrait manifestement pas à brève échéance, second médecin consulté, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée (art.3, §3, 1°) :
3.2.1 Nom :
3.2.2 Prénom(s) :
3.2.3 Domicile :
3.2.4 Numéro d'enregistrement INAMI :
3.2.5 Date de la consultation :
4. AUTRES PERSONNES CONSULTÉES (celles envisagées entre autres à l'art.3, §2, 4°, 5°, 6° et art.4, §2, 2°, 3°, 4°)
4.1 Nom :
4.1.1 Prénom(s) :
4.1.2 Qualité :
4.1.3 Domicile :
4.1.4 Date de la consultation :
4.2 Nom :
4.2.1 Prénom(s) :
4.2.2 Qualité :
4.2.3 Domicile :
4.2.4 Date de la consultation :
4.3 Nom :
4.3.1 Prénom(s) :
4.3.2 Qualité :
4.3.3 Domicile :
4.3.4 Date de la consultation :
4.4 Nom :
4.4.1 Prénom(s) :
4.4.2 Qualité :
4.4.3 Domicile :


4.4.4	Date de la consultation :
4.5	Nom :
4.5.1	Prénom(s) :
4.5.2	Qualité :
4.5.3	Domicile :
4.5.4	Date de la consultation :
5. Euthanasie pratiquée sur la base d'une déclaration anticipée : PERSONNES DE CONFIANCE éventuellement désignées	
5.1	Nom de la 1^{ère} personne de confiance :
5.1.1	Prénom(s) :
5.1.2	Date de la consultation :
5.2	Nom de la 2^e personne de confiance :
5.2.1	Prénom(s) :
5.2.2	Date de la consultation :
6. PHARMACIEN qui a délivré la substance euthanasiante	
6.1	Nom :
6.2	Prénom(s) :
6.3	Numéro d'enregistrement INAMI :
6.4	Adresse :
6.5	Produits délivrés et leur quantité :
6.6	Le cas échéant, l'excédent qui a été restitué au pharmacien :

DATE, SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

VOLET II : conditions et procédures suivies
Il doit être TOTALEMENT COMPLÉTÉ PAR LE MÉDECIN
ayant pratiqué une euthanasie et être ANONYME (ne mentionner AUCUN NOM)

Ce volet est également **confidentiel**. Il sert de base au contrôle de la Commission afin de vérifier si l'euthanasie a été effectuée selon les conditions et les procédures prévues par la loi.

(Cocher les cases qui conviennent et compléter)

1. PATIENT(E)	
(ne pas mentionner d'identité)	
1.1 Lieu _____ et _____	
date de naissance : / /	
1.2 Sexe :	
<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin
2. DÉCÈS	
2.1 Date et heure du décès : / / , h	
2.2 Lieu du décès (ne pas mentionner d'adresse)	
<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Maison de repos et de soins
<input type="checkbox"/> Hôpital	<input type="checkbox"/> Autre Précisez :
3. DIAGNOSTIC PRÉCIS (affection(s) accidentelle(s) ou pathologique(s) grave(s) et incurable(s))	
(ATTENTION ne pas mentionner de souffrance, celle-ci doit être renseignée aux points 4 et 5)	
	Si le/la patient(e) était <u>conscient(e) et capable d'exprimer sa demande d'euthanasie</u> , on dit que celle-ci est faite sur la base d'une demande actuelle d'euthanasie (même si une déclaration anticipée existe) => <u>remplissez les points 4 à 12 du volet II.</u>
	Si le/la patient(e) était <u>incapable d'exprimer sa demande car inconscient(e) de manière irréversible et qu'il/elle a rédigé une déclaration anticipée</u> suivant le modèle prévu par la loi => <u>remplissez les points 13 à 19 du volet II.</u>
EUTHANASIE SUR LA BASE D'UNE DEMANDE ACTUELLE Patient conscient et capable d'exprimer sa demande d'euthanasie	
4. Nature et description de la SOUFFRANCE CONSTANTE et INSUPPORTABLE	

5. Raisons pour lesquelles la SOUFFRANCE était INAPAISABLE

6. Éléments qui ont permis de s'assurer que la DEMANDE était VOLONTAIRE, RÉFLÉCHIE, RÉPÉTÉE et SANS PRESSION extérieure

7. ÉCHÉANCE DU DÉCÈS : pouvait-on estimer que le/la patient(e) allait décéder à brève échéance ?

Oui

non

8. PROCÉDURE suivie par le médecin (art. 3)

(cocher les cases qui conviennent et compléter)

8.1. Demande d'euthanasie actée par écrit (art. 3, §4)

DATE DE LA DEMANDE / /

Rédigée, datée et signée par le/la patient(e)

Ou si le/la patient(e) en était physiquement incapable :

actée, en présence du médecin, par une personne majeure de son choix qui n'a aucun intérêt matériel à son décès et

les raisons pour lesquelles le/la patient(e) n'était pas en état de formuler sa demande par écrit ni de la signer y sont mentionnées.

8.2. Information du/de la patient(e) sur son état de santé et sur son espérance de vie (art. 3, §2, 1°)

8.3. Concertation avec le/la patient(e) sur sa demande d'euthanasie (art. 3, §2, 1°)

8.4. Information du/de la patient(e) sur les possibilités thérapeutiques encore envisageables et leurs conséquences (art. 3, §2, 1°)

8.5. Information du/de la patient(e) sur les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences (art. 3, §2, 1°)

8.6. Persistance de la souffrance physique ou psychique du/de la patient(e) (art. 3, §2, 2°)

8.7. Demande réitérée d'euthanasie (art. 3, §2, 2°).

8.8. Entretien avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci au sujet de la demande (art. 3, §2, 4°).

8.9. Entretien avec les proches désignés par le/la patient(e) au sujet de la demande (art. 3, §2, 5°)

- 8.10. Entretien du/de la patient(e) avec les personnes qu'il/elle souhaitait rencontrer (art. 3, §2, 6°)
- 8.11. L'ensemble de la procédure suivie ainsi que les documents écrits sont consignés au dossier médical (art. 3, §5°)

9. AVIS des médecins indépendants consultés obligatoirement

(ne pas mentionner d'identité)

9.1. **Premier médecin consulté** dans tous les cas (art. 3, §2, 3° et art. 4, §2, 1°)

- 9.1.1. Qualification du médecin :
- 9.1.2. Date de la consultation : / /
- 9.1.3. Avis du médecin consulté quant au caractère grave et incurable de l'affection et au caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance
(résumer le rapport écrit du médecin)

9.2. Éventuellement un **second médecin en cas de décès non prévu à brève échéance** (art. 3, §3, 1°), **psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée**

- 9.2.1. Qualification du médecin :
- 9.2.2. Date de la consultation : / /
- 9.2.3. Avis du médecin consulté quant au caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance et au caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande:
(résumer le rapport écrit du médecin)

10. AUTRES personnes ou instances CONSULTÉES

(ne pas mentionner d'identité)

- 10.1. Qualité :
Date de la consultation : / /
- 10.2. Qualité :
Date de la consultation : / /
- 10.3. Qualité :
Date de la consultation : / /
- 10.4. Qualité :
Date de la consultation : / /
- 10.5. Qualité :
Date de la consultation : / /

11. MANIÈRE dont l'euthanasie a été pratiquée (IV ou per os) et PRODUITS utilisés (noms et quantité)

12. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES que le médecin souhaiterait donner (facultatif)

EUTHANASIE SUR LA BASE D'UNE DÉCLARATION ANTICIPÉE

Patient **incapable d'exprimer sa demande car inconscient de manière irréversible et ayant rédigé une déclaration anticipée**

(cocher les cases qui conviennent et compléter)

13. DÉCLARATION ANTICIPÉE

- 13.1. Existence d'une déclaration anticipée établie suivant le modèle défini par l'AR du 2 avril 2003 (deux témoins obligatoires, désignation facultative d'une personne de confiance, rédigée endéans les 5 années précédant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté, etc.)

DATE DE LA DÉCLARATION / /

- Rédigée, datée et signée par le/la patient(e)

ou si le/la patient(e) en était physiquement incapable :

- établie par un tiers majeur qui n'a aucun intérêt matériel au décès du/de la patient(e) et
- une attestation médicale certifiant cette incapacité est jointe.

- 13.2. Une ou plusieurs personnes de confiance sont désignées.
- 13.3. L'ensemble de la procédure suivie ainsi que les documents écrits sont consignés au dossier médical (art. 4, §2, 4°).

**14. L'INCONSCIENCE du/de la patient(e) était irréversible
(si non, veuillez remplir les points 4 à 12 du volet I)**

- Oui

15. AVIS du médecin indépendant consulté obligatoirement (art. 4, §2, 1°)

(ne pas mentionner d'identité)

- 15.1. Qualification du médecin :
- 15.2. Date de la consultation : / /
- 15.3. Avis du médecin consulté quant à l'irréversibilité de la situation médicale du/de la patient(e)
(résumer le rapport écrit du médecin)

16. ENTRETIENS menés

- 16.1. Entretien avec la ou les personne(s) de confiance éventuellement désignée(s) dans la déclaration anticipée (art. 4, §2, 3°)
- 16.2. Entretien avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci (art. 4, §2, 2°)
- 16.3. Entretien avec les proches du/de la patient(e) désignés par la personne de confiance (art.4 , §2, 4°)

17. AUTRES personnes ou instances CONSULTÉES

(ne pas mentionner d'identité)

- 17.1. Qualité :
Date de la consultation : / /
- 17.2. Qualité :
Date de la consultation : / /
- 17.3. Qualité :
Date de la consultation : / /
- 17.4. Qualité :
Date de la consultation : / /
- 17.5. Qualité :
Date de la consultation : / /

18. MANIÈRE dont l'euthanasie a été pratiquée (IV ou per os) et PRODUITS utilisés (noms et quantité)

19. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES que le médecin souhaiterait donner (facultatif)

ANNEXE B

Document d'enregistrement d'euthanasie pour un enfant mineur*

*Il est recommandé de vérifier sur le site du SPF Santé publique si vous possédez la dernière version avant de compléter le document d'enregistrement.

DOCUMENT D'ENREGISTREMENT D'UNE EUTHANASIE POUR UN PATIENT MINEUR

Document d'enregistrement à envoyer par **lettre recommandée avec accusé de réception dans les quatre jours ouvrables** qui suivent l'euthanasie à l'adresse suivante :

- Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'Euthanasie (CFCEE)
Place Victor Horta 40 boîte 10
1060 BRUXELLES

Les renvois aux articles dans ce document se réfèrent à la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie (Moniteur belge du 22 juin 2002), modifiée par la loi du 28 février 2014 (art. modifiés 3 et 7).

Patients mineurs émancipés

Si la déclaration concerne un patient mineur émancipé, utilisez le document d'enregistrement général d'une euthanasie valable pour les patients adultes et mineurs émancipés.

VOLET I : informations personnelles
Il doit être TOTALEMENT COMPLÉTÉ ET SCELLÉ PAR LE MÉDECIN
ayant pratiqué une euthanasie

Ce volet est strictement **confidentiel**. Il ne sert pas de base à la mission d'évaluation de la Commission à l'intention des chambres législatives et ne peut être ouvert que par décision de cette même Commission.

Ce volet doit **impérativement être joint au volet II** du document d'enregistrement d'une euthanasie.

7. PATIENT(E) mineur(e)

- 7.1 Nom :
- 7.2 Prénom(s) :
- 7.3 Domicile :

8. REPRÉSENTANTS LÉGAUX du mineur

8.1 Premier(e) représentant(e) légal(e) du mineur

- 8.1.1 Nom :
- 8.1.2 Prénom(s) :
- 8.1.3 Domicile :
- 8.1.4 Qualité :

8.2 Éventuellement second(e) représentant(e) légal(e) du mineur

- 8.2.1 Nom :
- 8.2.2 Prénom(s) :
- 8.2.3 Domicile :
- 8.2.4 Qualité :

9. MÉDECIN ayant pratiqué l'euthanasie

- 9.1 Nom :
- 9.2 Prénom(s) :
- 9.3 Numéro d'enregistrement INAMI :
- 9.4 Domicile :
- 9.5 E-mail :

10. MÉDECINS CONSULTÉS OBLIGATOIREMENT par le médecin ayant pratiqué l'euthanasie

10.1 Un autre médecin indépendant consulté (art. 3, §2, 3°)

- 10.1.1 Nom :
- 10.1.2 Prénom(s) :
- 10.1.3 Domicile :
- 10.1.4 Numéro d'enregistrement INAMI :
- 10.1.5 Date de la consultation :

10.2 Un pédopsychiatre ou un psychologue (capacité de discernement du mineur) (art. 3, §2, 7°) :

- 10.2.1 Nom :
- 10.2.2 Prénom(s) :
- 10.2.3 Domicile :
- 10.2.4 Numéro d'enregistrement INAMI du pédopsychiatre :
- 10.2.5 Date de la consultation :

11. AUTRES PERSONNES CONSULTÉES

(celles envisagées entre autres à l'art. 3, §2, 4°, 5°, 6°)

11.1 Nom :

- 11.1.1 Prénom(s) :
- 11.1.2 Qualité :
- 11.1.3 Domicile :
- 11.1.4 Date de la consultation :

11.2 Nom :

- 11.2.1 Prénom(s) :
- 11.2.2 Qualité :
- 11.2.3 Domicile :
- 11.2.4 Date de la consultation :

11.3 Nom :

- 11.3.1 Prénom(s) :
- 11.3.2 Qualité :
- 11.3.3 Domicile :
- 11.3.4 Date de la consultation :

11.4 Nom :

- 11.4.1 Prénom(s) :
- 11.4.2 Qualité :
- 11.4.3 Domicile :
- 11.4.4 Date de la consultation :

11.5 Nom :

- 11.5.1 Prénom(s) :
- 11.5.2 Qualité :
- 11.5.3 Domicile :
- 11.5.4 Date de la consultation :

12. PHARMACIEN qui a délivré la substance euthanasiante

- 12.1 Nom :
- 12.2 Prénom(s) :
- 12.3 Numéro d'enregistrement INAMI :
- 12.4 Adresse :
- 12.5 Produits délivrés et leur quantité :
- 12.6 Le cas échéant, l'excédent qui a été restitué au pharmacien :

DATE, SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

VOLET II : conditions et procédures suivies
Il doit être **TOTALEMENT COMPLÉTÉ PAR LE MÉDECIN**
ayant pratiqué une euthanasie et être **ANONYME (ne mentionner AUCUN NOM)**

Ce volet est également **confidentiel**. Il sert de base au contrôle de la Commission afin de vérifier si l'euthanasie a été effectuée selon les conditions et les procédures prévues par la loi.

(Cocher les cases qui conviennent et compléter)

8. PATIENT(E) mineur(e)

(ne pas mentionner d'identité)

8.1 Lieu _____ et date de naissance : , / /

8.2 Sexe :

Masculin Féminin

9. DÉCÈS

9.1 Date et heure du décès : / / , h

9.2 Lieu du décès (**ne pas mentionner d'adresse**)

Domicile Autre
Précisez :

Hôpital

10. DIAGNOSTIC PRÉCIS (affection(s) accidentelle(s) ou pathologique(s) grave(s) et incurable(s))

(ATTENTION ne pas mentionner de souffrance, celle-ci doit être renseignée aux points 4 et 5)

11. Nature et description de la SOUFFRANCE **PHYSIQUE CONSTANTE et INSUPPORTABLE**

12. Raisons pour lesquelles la SOUFFRANCE **PHYSIQUE était INAPAISABLE**

13. CAPACITÉ DE DISCERNEMENT et DEMANDE

13.1 Le/la patient(e) mineur(e) était-il/elle **capable de discernement** ?

13.2 Éléments qui ont permis de s'assurer que la **demande** a été formulée de manière **volontaire, réfléchie, répétée** et, ce, **sans pression extérieure**

14. ÉCHÉANCE DU DÉCÈS : pouvait-on estimer que le/la patient(e) allait décéder à brève échéance ?

Oui

Non

20. PROCÉDURE suivie par le médecin (art. 3)

(cocher les cases qui conviennent et compléter)

- 8.12. Demande d'euthanasie actée par écrit (art. 3, §4)
- DATE DE LA DEMANDE** / /
- Rédigée, datée et signée par le/la patient(e)
- Ou si le/la patient(e) en était physiquement incapable :
- actée, en présence du médecin, par une personne majeure de son choix qui n'a aucun intérêt matériel à son décès et
- les raisons pour lesquelles le/la patient(e) n'était pas en état de formuler sa demande par écrit ni de la signer y sont mentionnées.
- 8.13. L'accord des représentants légaux a été mis par écrit (art. 3, §2, 5°)
- 8.14. Information du/de la patient(e) sur son état de santé et sur son espérance de vie (art. 3, §2, 1°)
- 8.15. Concertation avec le/la patient(e) sur sa demande d'euthanasie (art. 3, §2, 1°)
- 8.16. Information du/de la patient(e) sur les possibilités thérapeutiques encore envisageables et leurs conséquences (art. 3, §2, 1°)
- 8.17. Information du/de la patient(e) sur les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences (art. 3, §2, 1°)
- 8.18. Persistance de la souffrance physique du/de la patient(e) (art. 3, §2, 2°)
- 8.19. Demande réitérée d'euthanasie (art. 3, §2, 2°).
- 8.20. Entretien avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci au sujet de la demande (art. 3, §2, 4°).
- 8.21. Entretien avec les proches désignés par le/la patient(e) au sujet de la demande (art. 3, §2, 5°)
- 8.22. Entretien du/de la patient(e) avec les personnes qu'il/elle souhaitait rencontrer (art. 3, §2, 6°)
- 8.23. L'ensemble de la procédure suivie ainsi que les documents écrits sont consignés au dossier médical (art. 3, §5°)
- 8.24. la possibilité d'un accompagnement psychologique a-t-elle été offerte aux personnes concernées (art. 3, §4, dernier alinéa)

21. AVIS des médecins indépendants consultés obligatoirement

(ne pas mentionner d'identité)

21.1. **autre médecin** consulté (art. 3, §2, 3°)

9.1.4. Qualification du médecin :

9.1.5. Date de la consultation : / /

9.1.6. Avis du médecin consulté quant au caractère grave et incurable de l'affection et au caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance
(résumer le rapport écrit du médecin)

21.2. **pédopsychiatre** ou **psychologue** consulté (art. 3, § 2, 7°)

21.2.1. Qualification du médecin :

pédopsychiatre

psychologue

21.2.2. Date de la consultation : / /

21.2.3. Avis du pédopsychiatre ou psychologue consulté quant à la capacité de discernement du mineur:

(résumer le rapport écrit du pédopsychiatre ou du psychologue)

22. AUTRES personnes ou instances CONSULTÉES

(ne pas mentionner d'identité)

22.1. Qualité :

Date de la consultation : / /

22.2. Qualité :

Date de la consultation : / /

22.3. Qualité :

Date de la consultation : / /

22.4. Qualité :

Date de la consultation : / /

22.5. Qualité :

Date de la consultation : / /

23. MANIÈRE dont l'euthanasie a été pratiquée (IV ou per os) et PRODUITS utilisés (noms et quantité)

24. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES que le médecin souhaiterait donner (facultatif)

ANNEXE C

La loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie *Texte intégral de la loi*

Article 1^{er}

La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

Chapitre premier

Dispositions générales

Art. 2

Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci.

Chapitre ii

Des conditions et de la procédure

Art. 3

§ 1^{er} Le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction s'il s'est assuré que:

- le patient est majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de sa demande ;
- la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure ;
- le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable; et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.

§ 2 Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention, il doit, préalablement et dans tous les cas :

1. informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter avec le patient sur sa demande d'euthanasie et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences. Il doit arriver, avec le patient, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation et que la demande du patient est entièrement volontaire ;
2. s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient et de sa volonté réitérée. À cette fin, il mène avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient ;
3. consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient et s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique. Il rédige un rapport concernant ses constatations. Le médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation ;
4. s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir de la demande du patient avec l'équipe ou des membres de celle-ci ;
5. si telle est la volonté du patient, s'entretenir de sa demande avec les proches que celui-ci désigne ;
6. s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes

qu'il souhaitait rencontrer.

§ 3 Si le médecin est d'avis que le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance, il doit, en outre :

- 1 consulter un deuxième médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient, s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique et du caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande. Il rédige un rapport concernant ses constatations. Le médecin consulté doit être indépendant tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et du premier médecin consulté. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation ;
- 2 laisser s'écouler au moins un mois entre la demande écrite du patient et l'euthanasie.

§ 4 La demande du patient doit être actée par écrit. Le document est rédigé, daté et signé par le patient lui-même. S'il n'est pas en état de le faire, sa demande est actée par écrit par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du patient. Cette personne mentionne le fait que le patient n'est pas en état de formuler sa demande par écrit et en indique les raisons. Dans ce cas, la demande est actée par écrit en présence du médecin, et ladite personne mentionne le nom de ce médecin dans le document. Ce document doit être versé au dossier médical.

Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, auquel cas le document est retiré du dossier médical et restitué au patient.

§ 5. L'ensemble des demandes formulées par le patient, ainsi que les démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le(s) rapport(s) du (des) médecin(s) consulté(s), sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.

Art. 3 bis

Le pharmacien qui délivre une substance euthanasiante ne commet aucune infraction lorsqu'il le fait sur la base d'une prescription dans laquelle le médecin mentionne explicitement qu'il agit conformément à la présente loi.

Le pharmacien fournit la substance euthanasiante prescrite en personne au médecin. Le Roi fixe les critères de prudence et les conditions auxquels doivent satisfaire la prescription et la délivrance de médicaments qui seront utilisés comme substance euthanasiante.

Le Roi prend les mesures nécessaires pour assurer la disponibilité des substances euthanasiantes, y compris dans les officines qui sont accessibles au public. (Loi du 10 novembre 2005 complétant la loi du 28 mai 2002).

Chapitre iii

De la déclaration anticipée

Art. 4

§ 1^{er} Tout majeur ou mineur émancipé capable peut, pour le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté, consigner par écrit, dans une déclaration, sa volonté qu'un médecin pratique une euthanasie si ce médecin constate :

- qu'il est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable ;
- qu'il est inconscient ;
- et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science. La déclaration peut désigner une ou plusieurs personnes de confiance majeures, classées par ordre de

préférence, qui mettent le médecin traitant au courant de la volonté du patient. Chaque personne de confiance remplace celle qui la précède dans la déclaration en cas de refus, d'empêchement, d'incapacité ou de décès. Le médecin traitant du patient, le médecin consulté et les membres de l'équipe soignante ne peuvent pas être désignés comme personnes de confiance. La déclaration peut être faite à tout moment. Elle doit être constatée par écrit, dressée en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant, datée et signée par le déclarant, par les témoins et, s'il échet, par la ou les personnes de confiance.

Si la personne qui souhaite faire une déclaration anticipée, est physiquement dans l'impossibilité permanente de rédiger et de signer, sa déclaration peut être actée par écrit par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du déclarant, en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant. La déclaration doit alors préciser que le déclarant ne peut pas rédiger et signer, et en énoncer les raisons. La déclaration doit être datée et signée par la personne qui a acté par écrit la déclaration, par les témoins et, s'il échet, par la ou les personnes de confiance.

Une attestation médicale certifiant cette impossibilité physique permanente est jointe à la déclaration. La déclaration ne peut être prise en compte que si elle a été établie ou confirmée moins de cinq ans avant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté.

La déclaration peut être retirée ou adaptée à tout moment. Le Roi détermine les modalités relatives à la présentation, à la conservation, à la confirmation, au retrait et à la communication de la déclaration aux médecins concernés, via les services du Registre national.

§ 2 Un médecin qui pratique une euthanasie, à la suite d'une déclaration anticipée, telle que prévue au § 1^{er}, ne commet pas d'infraction s'il constate que le patient :

- est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable ;
- est inconscient ;
- et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science ; et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi. Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention, il doit préalablement :

1 consulter un autre médecin quant à l'irréversibilité de la situation médicale du patient, en l'informant des raisons de cette consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical et examine le patient. Il rédige un rapport de ses constatations. Si une personne de confiance est désignée dans la déclaration de volonté, le médecin traitant met cette personne de confiance au courant des résultats de cette consultation ;

2 Le médecin consulté doit être indépendant à l'égard du patient ainsi qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée ;

3 s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir du contenu de la déclaration anticipée avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci ;

4 si la déclaration désigne une personne de confiance, s'entretenir avec elle de la volonté du patient ;

5 si la déclaration désigne une personne de confiance, s'entretenir du contenu de la déclaration anticipée du patient avec les proches du patient que la personne de confiance désigne.

La déclaration anticipée ainsi que l'ensemble des démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le rapport du médecin consulté, sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.

Chapitre iv De la déclaration

Art. 5

Le médecin qui a pratiqué une euthanasie remet, dans les quatre jours ouvrables, le document d'enregistrement visé à l'article 7, dûment complété, à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation visée à l'article 6 de la présente loi.

Chapitre v La Commission fédérale de contrôle et d'évaluation

Art. 6

§ 1^{er} Il est institué une Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'application de la présente loi, ci-après dénommée « la commission ».

§ 2 La commission se compose de seize membres, désignés sur la base de leurs connaissances et de leur expérience dans les matières qui relèvent de la compétence de la commission. Huit membres sont docteurs en médecine, dont quatre au moins sont professeurs dans une université belge. Quatre membres sont professeurs de droit dans une université belge, ou avocats. Quatre membres sont issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable.

La qualité de membre de la commission est incompatible avec le mandat de membre d'une des assemblées législatives et avec celui de membre du gouvernement fédéral ou d'un gouvernement de communauté ou de région.

Les membres de la commission sont nommés, dans le respect de la parité linguistique - chaque groupe linguistique comptant au moins trois candidats de chaque sexe - et en veillant à assurer une représentation pluraliste, par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres, sur une liste double présentée par le Sénat, pour un terme renouvelable de quatre ans. Le mandat prend fin de plein droit lorsque le membre perd la qualité en laquelle il siège. Les candidats qui n'ont pas été désignés comme membres effectifs sont nommés en qualité de membres suppléants, selon une liste déterminant l'ordre dans lequel ils seront appelés à suppléer. La commission est présidée par un président d'expression française et un président d'expression néerlandaise. Les présidents sont élus par les membres de la commission appartenant à leur groupe linguistique respectif.

La commission ne peut délibérer valablement qu'à la condition que les deux tiers de ses membres soient présents.

§ 3 La commission établit son règlement d'ordre intérieur.

Art. 7

La commission établit un document d'enregistrement qui doit être complété par le médecin chaque fois qu'il pratique une euthanasie. Ce document est composé de deux volets.

Le premier volet doit être scellé par le médecin. Il contient les données suivantes :

- 1 les nom, prénoms et domicile du patient ;
- 2 les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du médecin traitant ;
- 3 les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du (des) médecin(s) qui a (ont) été consulté(s) concernant la demande d'euthanasie ;
- 4 les nom, prénoms, domicile et qualité de toutes les personnes consultées par le

médecin traitant, ainsi que les dates de ces consultations ;

5 s'il existait une déclaration anticipée et qu'elle désignait une ou plusieurs personnes de confiance, les nom et prénoms de la (des) personne(s) de confiance qui est (sont) intervenue(s) ;

6 les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et adresse du pharmacien qui a délivré la substance euthanasiante, le nom des produits délivrés et leur quantité ainsi que, le cas échéant, l'excédent qui a été restitué au pharmacien.

Ce premier volet est confidentiel. Il est transmis par le médecin à la commission. Il ne peut être consulté qu'après une décision de la commission, et ne peut en aucun cas servir de base à la mission d'évaluation de la commission.

Le deuxième volet est également confidentiel et contient les données suivantes :

1 le sexe et les date et lieu de naissance du patient ;

2 la date, le lieu et l'heure du décès ;

3 la mention de l'affection accidentelle ou pathologique grave et incurable dont souffrait le patient ;

4 la nature de la souffrance qui était constante et insupportable ;

5 les raisons pour lesquelles cette souffrance a été qualifiée d'inaffable ;

6 les éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pression extérieure ;

7 si l'on pouvait estimer que le décès aurait lieu à brève échéance ;

8 s'il existe une déclaration de volonté ;

9 la procédure suivie par le médecin ;

10 la qualification du ou des médecins consultés, l'avis et les dates de ces consultations;

11 la qualité des personnes consultées par le médecin, et les dates de ces consultations;

12 la manière dont l'euthanasie a été effectuée et les moyens utilisés.

Art. 8

La commission examine le document d'enregistrement dûment complété que lui communique le médecin. Elle vérifie, sur la base du deuxième volet du document d'enregistrement, si l'euthanasie a été effectuée selon les conditions et la procédure prévues par la présente loi. En cas de doute, la commission peut décider, à la majorité simple, de lever l'anonymat. Elle prend alors connaissance du premier volet du document d'enregistrement. Elle peut demander au médecin traitant de lui communiquer tous les éléments du dossier médical relatifs à l'euthanasie.

Elle se prononce dans un délai de deux mois. Lorsque, par décision prise à la majorité des deux tiers, la commission estime que les conditions prévues par la présente loi n'ont pas été respectées, elle envoie le dossier au procureur du Roi du lieu du décès du patient. Lorsque la levée de l'anonymat fait apparaître des faits ou des circonstances susceptibles d'affecter l'indépendance ou l'impartialité du jugement d'un membre de la commission, ce membre se récusera ou pourra être récusé pour l'examen de cette affaire par la commission.

Art. 9

La commission établit à l'intention des Chambres législatives, la première fois dans les deux

ans de l'entrée en vigueur de la présente loi, et, par la suite, tous les deux ans :

- a. un rapport statistique basé sur les informations recueillies dans le second volet du document d'enregistrement que les médecins lui remettent complété en vertu de l'article 8 ;
- b. un rapport contenant une description et une évaluation de l'application de la présente loi ;
- c. le cas échéant, des recommandations susceptibles de déboucher sur une initiative législative et/ou d'autres mesures concernant l'exécution de la présente loi ;
- d. Pour l'accomplissement de ces missions, la commission peut recueillir toutes les informations utiles auprès des diverses autorités et institutions. Les renseignements recueillis par la commission sont confidentiels.

Aucun de ces documents ne peut contenir l'identité d'aucune personne citée dans les dossiers remis à la commission dans le cadre du contrôle prévu à l'article 8. La commission peut décider de communiquer des informations statistiques et purement techniques, à l'exclusion de toutes données à caractère personnel, aux équipes universitaires de recherche qui en feraient la demande motivée. Elle peut entendre des experts.

Art. 10

Le Roi met un cadre administratif à la disposition de la commission en vue de l'accomplissement de ses missions légales. Les effectifs et le cadre linguistique du personnel administratif sont fixés par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres, sur proposition des ministres qui ont la Santé publique et la Justice dans leurs attributions.

Art. 11

Les frais de fonctionnement et les frais de personnel de la commission, ainsi que la rétribution de ses membres sont imputés par moitié aux budgets des ministres qui ont la Justice et la Santé publique dans leurs attributions.

Art. 12

Quiconque prête son concours, en quelque qualité que ce soit, à l'application de la présente loi, est tenu de respecter la confidentialité des données qui lui sont confiées dans l'exercice de sa mission et qui ont trait à l'exercice de celle-ci. L'article 458 du Code pénal lui est applicable.

Art. 13

Dans les six mois du dépôt du premier rapport et, le cas échéant, des recommandations de la commission, visés à l'article 9, les Chambres législatives organisent un débat à ce sujet. Ce délai de six mois est suspendu pendant la période de dissolution des Chambres législatives et/ou d'absence de gouvernement ayant la confiance des Chambres législatives.

Chapitre vi

Dispositions particulières

Art. 14

La demande et la déclaration anticipée de volonté telles que prévues aux articles 3 et 4 de la présente loi n'ont pas de valeur contraignante. Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie.

Aucune autre personne n'est tenue de participer à une euthanasie. Si le médecin consulté refuse de pratiquer une euthanasie, il est tenu d'en informer en temps utile le patient ou la personne de confiance éventuelle, en précisant les raisons.

Dans le cas où son refus est justifié par une raison médicale, celle-ci est consignée dans le dossier médical du patient. Le médecin qui refuse de donner suite à une requête d'euthanasie est tenu, à la

demande du patient ou de la personne de confiance, de communiquer le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier ou par la personne de confiance.

Art. 15

La personne décédée à la suite d'une euthanasie dans le respect des conditions imposées par la présente loi est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie, en particulier les contrats d'assurance. Les dispositions de l'article 909 du Code civil sont applicables aux membres de l'équipe soignante visés à l'article 3.

Art. 16

La présente loi entre en vigueur au plus tard trois mois après sa publication au *Moniteur belge*.

Cette loi a été publiée au Moniteur du 22 juin 2002

ANNEXE D

Déclaration anticipée d'euthanasie

DÉCLARATION ANTICIPÉE RELATIVE A L'EUTHANASIE

Cette déclaration est une demande d'euthanasie pour le cas où vous seriez dans une situation où l'euthanasie pourrait être pratiquée mais où vous seriez **dans un état d'inconscience irréversible** et donc incapable d'en faire la demande.

Rubrique I. Données obligatoires

Monsieur/Madame¹

demande que, dans le cas où il/elle² n'est plus en état d'exprimer sa volonté, un médecin pratique l'euthanasie si toutes les conditions fixées dans la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie sont satisfaites.

Mes données personnelles sont les suivantes :

- résidence principale
- adresse complète
- numéro d'identification dans le registre national.....
- date et lieu de naissance.....
- téléphone :..... GSM :
- adresse e-mail :

Cette déclaration a été faite librement et consciemment. Elle est approuvée par la signature des deux témoins et, le cas échéant, d'une (des) personne(s) de confiance. Je souhaite que cette déclaration anticipée soit respectée.

Les témoins³

Les témoins en présence desquels je rédige cette déclaration anticipée, sont :

Témoin ❶

- nom et prénoms.....
- résidence principale
- adresse complète
- numéro d'identification dans le registre national.....
- numéro de téléphone
- date et lieu de naissance
- lien de parenté éventuel.....

Témoin ❷

- nom et prénoms.....
- résidence principale
- adresse complète
- numéro d'identification dans le registre national
- numéro de téléphone
- date et lieu de naissance
- lien de parenté éventuel.....

Date et signature du requérant et des deux témoins

<u>Date</u>	
<i>J'accepte que l'ADMD ait accès à mes données personnelles qui précèdent</i>	
<u>Signature du requérant</u>	
<i>J'accepte que l'ADMD ait accès à mes données personnelles qui précèdent</i>	<i>J'accepte que l'ADMD ait accès à mes données personnelles qui précèdent</i>
<u>Signature du témoin ❶</u>	<u>Signature du témoin ❷</u>

¹ Biffer la mention inutile et inscrire le nom et prénoms (pour les femmes mariées, le nom de jeune fille)

² Biffer la mention inutile

³ **Un des deux témoins au moins ne peut pas avoir d'intérêt matériel au décès du déclarant**

Cadre réservé à l'administration communale (en cas d'enregistrement)

Formulaire visé par l'art. 4 de la loi du 28 mai 2002 et conforme à l'A.R. du 2 avril 2003

ANNEXE E

Pratique de l'euthanasie : quelques informations sur la base des rapports de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie - CFCEE

Vous trouverez ci-dessous un résumé du 8^e rapport de la CFCEE portant sur les déclarations d'euthanasie reçues en 2016 et 2017. Les textes intégraux des différents rapports peuvent être consultés sur le site Internet du SPF Santé publique :

<http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d'avis-et-de-concertation/commission-federale-de-contrôle-et-devaluation-de-leuthanasie>. La

Commission de contrôle et d'évaluation, mise en place par cette loi est tenue de publier tous les deux ans un rapport statistique et critique sur l'application de la loi. Pour la première fois, la CFCEE a communiqué dans l'année intermédiaire les chiffres 2018, soit au total 2.359 déclarations. Les tendances des années précédentes se confirment, notamment en ce qui concerne l'augmentation du nombre d'euthanasies pratiquées au domicile (46,9 %) et en MR-MRS (14,4 %). A noter une progression des déclarations francophones qui représentent 24 % versus 76 % néerlandophones. Pour 2018, aucune déclaration concernant un mineur n'a été enregistrée.

Résumé du 8^e rapport de la CFCEE *

La Commission fédérale de contrôle et d'évaluation

Elle est composée de 16 membres effectifs (8 médecins dont 4 professeurs d'université, 4 juristes ou professeurs de droit, 4 membres d'organisations qui s'occupent de la problématique de la fin de vie) et de 16 membres suppléants. Elle examine le volet anonyme du document d'enregistrement envoyé par le médecin qui a pratiqué une euthanasie et peut, en cas de doute, ouvrir le volet nominal pour demander des explications complémentaires au médecin. Elle a le droit, à la majorité des 2/3 des voix, de transmettre le dossier à la justice si elle estime que les conditions de la loi n'ont pas été respectées.

Le nombre d'euthanasies pratiquées

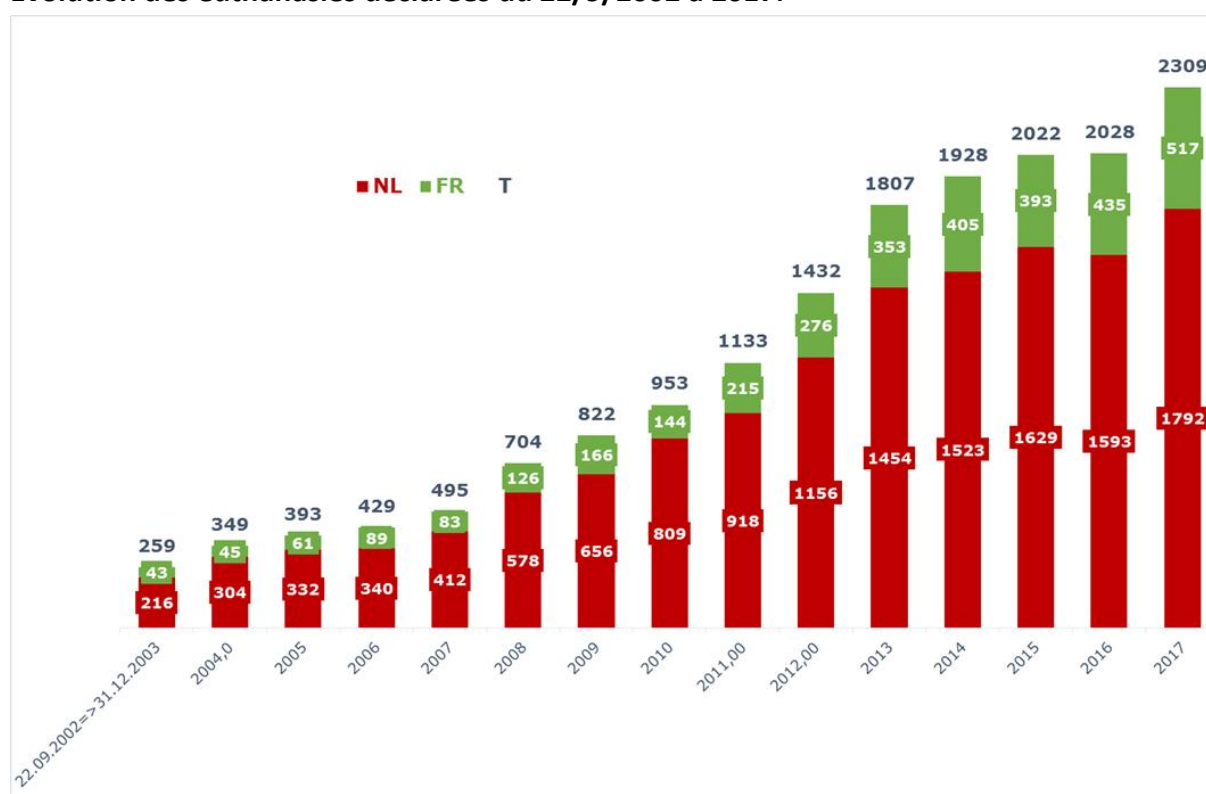
4.337 déclarations d'euthanasie ont été reçues par la Commission en 2016-2017 soit, en moyenne, 181 par mois. Une augmentation du nombre de déclarations est notée chaque année depuis l'entrée en vigueur de la loi en septembre 2002, si ce n'est que pour les années 2015 et 2016, cette augmentation avait été marginale. Et en fonction de l'ensemble des décès, le nombre d'euthanasies représente quelque **2 %** (109.629 individus sont décédés en 2017 contre 108.056 en 2016).

La Commission n'a pas la possibilité d'évaluer la proportion du nombre d'euthanasies déclarées par rapport au nombre d'euthanasies réellement pratiquées. Cependant, il s'agit

* Jacqueline Herremans. Bulletin ADMD n° 149 – 3^e trimestre 2018 - pages 6-8

de rappeler que seuls **les actes ayant intentionnellement et effectivement mis fin à la vie** (art. 2 de la loi relative à l'euthanasie) répondent à la définition légale de l'euthanasie. L'utilisation fréquente en fin de vie de médicaments divers non létales ou dont la nature létale est douteuse (en particulier les morphiniques) n'est donc pas une euthanasie, même si elle peut hâter le décès. Il serait certes utile, ainsi que le recommande la Commission, de procéder à une étude sur l'ensemble des décisions médicales en fin de vie. Ainsi, si du moins le protocole est correct et fait la distinction entre une administration à doses élevées d'opiacés, une sédation terminale, un arrêt de traitement et une euthanasie voire un suicide assisté, l'on pourrait avoir une image plus complète des pratiques médicales en fin de vie. Cette étude permettrait également d'examiner les raisons de ce delta entre les déclarations francophones et néerlandophones qui persiste, même si l'on peut noter une légère inflexion dans les deux dernières années.

Évolution des euthanasies déclarées du 22/9/2002 à 2017.



DESCRIPTION DES CAS EXAMINÉS

Remarque : la classification utilisée dans les deux derniers rapports est celle des codes ICD-10-CM obligatoire dans les hôpitaux depuis le 1^{er} janvier 2015. Ce qui rend la lecture du rapport plus difficile pour le citoyen lambda.

a. Les diagnostics

Surtout des cas de cancers

Comme dans les rapports précédents, la grande majorité (**64,1 %**) des affections qui ont donné lieu à une euthanasie étaient des *cancers généralisés ou gravement mutilants* chez des patients dont la plupart avaient subi de multiples traitements à visée curative et/ou palliative, qui étaient souvent suivis par des équipes de soins palliatifs et dont le décès était prévisible dans les jours ou semaines à venir.

Les polyopathologies : deuxième cause

Ce diagnostic vient en deuxième lieu et tend à augmenter : **16,4 %** pour le 8^e rapport contre 9,7 % pour le précédent. Cette augmentation est vraisemblablement en relation avec l'augmentation du nombre d'euthanasies pratiquées à un âge supérieur à 79 ans (38,40 % > 36 % en 2014-2015 > 33 % en 2012-2013), un âge où les patients souffrent fréquemment de plusieurs pathologies simultanées. Il faut également souligner que ces patients peuvent aussi être atteints d'un cancer...

Les affections neuromusculaires

Ce diagnostic, qui concerne principalement la sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Charcot), la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson, la Chorée de Huntington, vient en troisième lieu (**6,9 %**) et sa fréquence est quasi similaire à celle de 2012-2013 (6 %).

Les affections cardiovasculaires et respiratoires

Pas de différence importante avec le rapport précédent en ce qui concerne les affections respiratoires (**3,9 %** pour le 8^e rapport contre 3 % pour le 7^e). Une diminution en revanche pour les affections cardiovasculaires qui passent de **5 %** à 3,9 %. Difficile cependant d'en tirer des conclusions.

Les affections psychiatriques

Dans les rapports antérieurs à 2014, les « troubles mentaux et du comportement » étaient classés avec les affections neurologiques dégénératives comportant une symptomatologie psychique importante sous le titre général « affections neuro-psychiques ». Cela étant, l'on note une diminution sensible puisque pour les années 2016-2017, nous avons **1,8 %** d'euthanasies pour des patients atteints de tels troubles contre 3,1 % pour les années 2014-2015.

b. L'échéance du décès

15,1 % des euthanasies concernent des cas d'affections incurables engendrant de grandes souffrances mais dont le décès n'était prévisible qu'à une échéance lointaine (13 % en 2012-13).

c. L'âge

L'euthanasie est rare avant 40 ans. On note une augmentation du nombre d'euthanasies dans le groupe d'âge supérieur à 79 ans (39,40 % en 2016-2017 pour 36 % en 2014-2015 et 33 % en 2012-13). Il arrive que même des centaines demandent l'euthanasie.

Trois cas de mineurs

Au cours de ces deux dernières années, 3 euthanasies concernaient des mineurs âgés respectivement de 9, 11 et 17 ans. Ils étaient atteints l'un de la maladie de Duchenne, l'autre d'un cancer (glioblastome) extrêmement agressif et le dernier de mucoviscidose.

d. Le lieu de l'euthanasie

On relève que **59 %** des euthanasies ont été pratiquées à la résidence du patient, soit au domicile (**45,1 %** des cas) soit dans une maison de repos/soins (**13,9 %** des cas). **38,9 %** ont été pratiquées en milieu hospitalier et **2,1 %** dans des lieux divers. Par rapport à 2014-2015, l'on note une augmentation des euthanasies pratiquées à domicile (**44,6 %**) et en maisons de repos/soins (**12,1 %**).

e. Les souffrances

Chez la plupart des malades, plusieurs types de souffrances, tant physiques que psychiques, étaient présents simultanément. Les souffrances étaient toutes décrites comme constantes, insupportables et inapaisables. Parmi les souffrances physiques le plus souvent mentionnées, il faut noter *la suffocation, l'obstruction digestive avec vomissements, les douleurs* ; quant aux souffrances psychiques, *la dépendance, la perte de dignité et le désespoir* sont les plus fréquentes.

f. Les techniques utilisées

Deux techniques sont principalement retenues : par voie intraveineuse (**99,2 %**) ou par voie orale (**0,5 %**).

Dans **97,8%** des cas, le décès a été obtenu en induisant d'abord par injection intraveineuse une inconscience profonde (par injection de Thiopental ou de Propofol), et sauf si le décès se produit en quelques minutes dès cette injection, ce qui est fréquent, en injectant ensuite un paralysant neuromusculaire qui provoque le décès par arrêt respiratoire. La commission note que, d'après les données disponibles de la littérature médicale, une telle manière d'agir est effectivement la plus adéquate pour remplir les conditions requises pour une euthanasie correcte : *décès rapide et calme, sans souffrance ni effets secondaires*.

Dans 0,5 % des cas, une technique I.V. avec des produits divers a été utilisée : morphinique et/ou anxiolytique plus curare.

23 euthanasies (0,5 %) ont été pratiquées par administration d'un barbiturique en potion que le malade a avalé lui-même. Une telle procédure peut être qualifiée de « *suicide médicalement assisté* ». La Commission a considéré, comme dans ses rapports précédents, que cette manière de procéder est autorisée par la loi *pour autant que les conditions et les procédures légales pour que l'euthanasie soit autorisée aient été respectées et que l'acte se soit déroulé sous la responsabilité du médecin présent et prêt à intervenir* : la loi n'impose pas, en effet, la technique à utiliser pour pratiquer l'euthanasie.

g. Et la déclaration anticipée ?

Le nombre d'euthanasies pratiquées sur la base d'une déclaration anticipée reste marginal : 58 cas, soit **1,3 %** de l'ensemble des déclarations. On note même un recul par rapport aux années 2014-2015 : 67 cas pour 1,7 %. Formalisme attaché à la déclaration et confusion en ce qui concerne son champ d'application ? Pour rappel, les conditions prévues par la loi pour la prise en considération d'une déclaration anticipée par un médecin : le patient doit être atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable, doit être inconscient et cette situation doit être irréversible selon l'état actuel de la science.

Deux situations particulières : les patients résidant à l'étranger et les transplantations d'organes après euthanasie

- Patients résidant à l'étranger

La question a été évoquée par les médias : quid des patients ne résidant pas en Belgique ? La loi n'a pas prévu de condition de nationalité ou de résidence. Cela étant, tout comme le patient vivant en Belgique, le demandeur doit absolument répondre à tous les critères prévus par la loi.

A défaut d'ouvrir le premier volet de la déclaration à compléter par le médecin qui comporte les données des différents intervenants (patient, médecin traitant, médecins consultés, pharmacien), cette information ne sera révélée à la Commission que si le médecin traitant

l'indique dans le second volet. Sur cette base, la Commission a dénombré 23 patients pour les années 2016-2017 qui sont venus en Belgique pour obtenir l'euthanasie.

- Transplantation d'organes après euthanasie

Pour la première fois, la Commission aborde cette question dans son rapport. Le premier cas en Belgique remonte à l'année 2005. Pour 2016-2017, les chiffres officiels donnent 10 cas, 5 par année. Les médecins ne sont pas obligés de préciser la chose à la Commission. Ce sont 8 cas qui ont été signalés à la Commission. Ce sont les patients qui ont pris à chaque fois l'initiative de proposer le don d'organes après leur euthanasie. A noter que le Comité Consultatif de Bioéthique doit publier tout prochainement un avis concernant la question des transplantations d'organes après euthanasie.

Recommandations

Trois axes ont été retenus par la Commission :

- Réalisation d'études scientifiques au niveau national sur l'ensemble des décisions médicales en fin de vie.
- Information des citoyens et formation des prestataires de soins.
- Nécessité de revoir la déclaration anticipée d'euthanasie, quant à sa complexité et la procédure de renouvellement.

Publié avec l'aide du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement
et de la Wallonie

Éditeur responsable : J. Herremans, Avenue Eugène Plasky 144/3, 1030 Bruxelles